



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER EN LA UMF 16 QUERETARO

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

MED. GRAL. VICTORIA VELAZCO ABURTO

Dirigido por:

MED. ESP. MARTHA LETICIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ.

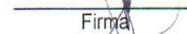
SINODALES

MED. ESP. MARTHA LETICIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ
Presidente



Firma

M EN C GENARO VEGA MALAGON
Secretario



Firma

M EN C RUBEN DE LEON ARCILA
Vocal



Firma

DRA. MA LUDIVINA ROBLES OSÓRIO
Suplente



Firma

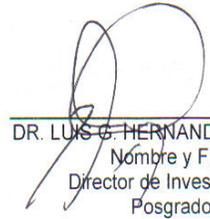
DR. JUAN CARLOS SOLIS SAINZ
Suplente



Firma



MED. ESP. ENRIQUE LÓPEZ ARVIZU
Nombre y Firma
Director de la Facultad



DR. LUIS C. HERNÁNDEZ SANDOVAL
Nombre y Firma
Director de Investigación y
Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Febrero, 2010
México

RESUMEN

Introducción: La incontinencia urinaria es un problema poco identificado en la consulta externa, que afecta casi en exclusiva a la mujer, de etiología física; comienza con el ocultamiento ya que lo considera vergonzoso y sin importancia por lo que no consulta a profesionales de la salud, tiene repercusiones en la esfera personal, de relación social, y un cambio importante en el desarrollo normal de la vida. Objetivo: Identificar la prevalencia de incontinencia urinaria en las mujeres en la UMF 16, IMSS delegación Querétaro, en el 2008. Material y Métodos: Se realizó un estudio transversal descriptivo en mujeres usuarias que previo consentimiento informado aceptaron participar. El tamaño de muestra fue obtenido con la fórmula para población infinita con un n de 257. Se realizó muestreo probabilístico aleatorio simple. Aplicación del cuestionario ICIQ-SF que identifica la presencia de incontinencia urinaria, el cuestionario de cribado de IU para determinar el tipo de incontinencia urinaria y el test de Graffar para identificar el nivel socioeconómico. El plan de análisis incluyó medias, desviación estándar, rangos y porcentajes, con ayuda del programa SPSS V. 15. Resultados: El promedio de edad fue de 62 años \pm 14.2 años con un rango de 30-90 años. El grupo étnico predominante de 50 a 79 años (63.7%), escolaridad primaria (37.2%), ocupación hogar (82.3%), casadas (72.6%), nivel socioeconómico obrero (68.1%). En relación al número de gestas se obtuvo una media de 5 ± 2 . El 44% presentó incontinencia urinaria, con predominio de incontinencia urinaria mixta (95.6%), para determinar el grado de afectación se utilizó una escala análoga de 1 a 10 puntos obteniendo una media de 6 ± 2 puntos, el 45.3% de las pacientes con IU cursaban con HTA. Conclusiones: La incontinencia urinaria se presentó de manera frecuente, sobre todo la mixta. El 100% de las participantes no sabían a qué se refería el término de IU y al explicárselos lo consideraban como “normal”, por lo que es importante que los médicos familiares implementen estrategias para informar e iniciar el autocuidado en la población.

Palabras clave: incontinencia urinaria, mujeres, prevalencia.



SECRETARÍA
ACADÉMICA

SUMMARY

Introduction: Urinary incontinence is a problem not often identified in a visit to the doctor. It almost exclusively affects women and its etiology is physical. At first it is not mentioned since it is considered embarrassing and unimportant. For this reason health professionals are not consulted. It has repercussions in personal life and in social relations; it results in an important change in normal life development. Objective: To identify the prevalence of urinary incontinence in women in the #16 Family Medical Unit of the Mexican Social Security Institute in Querétaro during 2008. Material and methods: A transversal descriptive study was done of women using the unit's medical services who accepted participating after being informed about the study. The size of the sampling was obtained with an infinite universe formula with an n of 257. A simple aleatory probabilistic sampling was carried out. The ICIQ-SF questionnaire which identifies the presence of urinary incontinence, the UI selection questionnaire to determine the type of urinary incontinence and the Graffar test to identify the socio-economic level were used. The analysis plan included means, standard deviation, ranges and percentages, with help from the SPSS V.15 program. Results: The mean age was 62 ± 14.2 in a range of 30 to 90 years of age. The ages between 50 and 79 were predominant (63.7%); elementary school education (37.2%), housewives (82.3%), married (72.6%) factory worker socio-economic level (68.1%). Regarding the number of pregnancies, the mean was 5 ± 2 . 44% presented urinary incontinence, with mixed urinary incontinence predominating (95.6%). An analogous scale of 1 to 10 points was used to determine the degree of affectation, obtaining a mean of 6 ± 2 points. 45.3% of the patients with UI had AHT. Conclusions: Urinary incontinence was observed frequently, especially mixed UI. 100% of the participants were unaware of what the term UI referred to and, once it was explained, they considered it to be "normal." For this reason it is important for family physicians to implement strategies to inform the population so they can begin self-help.

(Key words: Urinary incontinence, women, prevalence)



SECRETARÍA
ACADÉMICA

DEDICATORIAS

A mis queridos padres por todo el amor y confianza que me han brindado a lo largo de mi vida a pesar de las dificultades.

Le dedico especialmente a mi esposo Rogelio ésta tesis, por su paciencia, comprensión, empeño, su fuerza, su amor y por ser como es,... porque lo quiero. Es la persona que más directamente ha sufrido las consecuencias del trabajo realizado. Realmente él me llena por dentro para conseguir un equilibrio que me permita dar el máximo de mí, nunca le podré estar suficientemente agradecida.

Y a Dios, que nunca me abandona y me da fuerzas para seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

Primero y como más importante, me gustaría agradecer sinceramente a mi director y tutor de Tesis, Dra. Martha Leticia Martínez Martínez por su esfuerzo y dedicación, sus conocimientos, orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación como investigador. Ella ha inculcado en mí un sentido de seriedad, responsabilidad y rigor académico sin los cuales no podría tener una formación completa como investigador. A su manera, ha sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración, así como sentirme en deuda con ella por todo lo recibido durante el periodo de tiempo que ha durado esta Tesis.

A mis sinodales por todas las aportaciones, tiempo y dedicación en esta tesis y así poder concluirla.

A todas las mujeres que aceptaron participar, sin las cuales no habría sido posible realizar este estudio.

ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
I.1 OBJETIVO GENERAL	3
I.1.a OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
I.2 HIPÓTESIS	3
II. REVISIÓN DE LITERATURA	4
II. 1 Consideraciones generales	4
II. 2 Epidemiología	5
II. 3 Factores de riesgo	8
II. 4 Consecuencias psicosociales	12
II. 5 Clasificación de la incontinencia urinaria	14
II. 6 Tratamiento de la incontinencia urinaria	16
III. METODOLOGÍA	18
III.1 Diseño de la investigación	18
III. 2 Análisis estadístico	19

III. 3 Consideraciones éticas	19
IV. RESULTADOS	21
V. DISCUSIÓN	33
VI. CONCLUSIONES	37
VII. PROPUESTAS	38
VIII. CITAS BIBLIOGRÁFICAS	39
IX. APÊNDICE	47

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	Pagina
Cuadro IV. 1 Distribución de pacientes con y sin incontinencia urinaria.	22
Cuadro IV. 2 Tipo de incontinencia urinaria.	23
Cuadro IV. 3 Distribución por edad de mujeres con incontinencia urinaria.	24
Cuadro IV. 4 Escolaridad en mujeres con y sin incontinencia urinaria.	25
Cuadro IV. 5 Ocupación en mujeres con y sin incontinencia urinaria.	26
Cuadro IV.6 Estrato socioeconómico de mujeres con y sin incontinencia urinaria.	27
Cuadro IV.7 Estado civil en mujeres con y sin incontinencia urinaria.	28
Cuadro IV. 8 Número de gestas en mujeres con incontinencia urinaria.	29
Cuadro IV. 9 Afectación de la vida por escala analógica en las mujeres con incontinencia urinaria.	30
Cuadro IV. 10 Antecedente o no de co-morbilidad en pacientes con incontinencia urinaria.	31
Cuadro IV.11 Co- morbilidad en pacientes con incontinencia urinaria	32

I. INTRODUCCIÓN

Un problema que afecta casi en exclusiva a la mujer, es la incontinencia urinaria (IU), que se define como la pérdida involuntaria de orina; de etiología física, con repercusiones en la esfera personal y de relación social, ya que supone un cambio importante en el desarrollo normal de la vida (Teba, 1999).

Diferentes estudios han demostrado una amplia variedad de tasas de prevalencia, atribuible a las diferentes definiciones empleadas, al diseño de los cuestionarios, a la población de estudio y a los criterios de selección (Thom, 1998).

Su prevalencia en los diferentes estudios de todo el mundo oscila entre 3 y más del 50%, y existe una gran variabilidad (Gavira, 2005).

Es altamente prevalente en la población adulta y de dos a cuatro veces más común en mujeres que en hombres. La incidencia de IU aumenta casi linealmente con la edad hasta ser considerada como uno de los síndromes geriátricos tanto por su elevada prevalencia en mayores de 65 años como por el impacto negativo que ocasiona en la persona que la sufre (Rexach, 1999; Hay-Smith, 2006).

En el Distrito Federal la prevalencia promedio reportada de incontinencia urinaria fue 46.5%, con un promedio de edad de 41.5 ± 12.7 años, en comparación con las mujeres continentales 36.3 ± 11.3 años (Avery, 2004).

Gran parte de las mujeres que padecen incontinencia urinaria no buscan atención médica, 25% reportado en Estados Unidos y 33% en Europa (Hunskaar, 2002; Martínez, 2006).

El problema comienza con el ocultamiento por parte de la mujer que lo padece, ya que suele considerarlo algo vergonzoso y sin importancia por lo que no consulta a profesionales de la salud, hasta que la situación acaba

modificando sus hábitos de vida (Teba, 1999), con reducción de la ingesta de líquidos, aislamiento, retracción social, utilización de absorbentes y adquisición de una determinada frecuencia miccional, y otros hábitos miccionales (Pascual, 2002).

La mayoría de las pacientes que buscan atención es sólo cuando los síntomas se vuelven más severos. Este retraso en la búsqueda de la atención médica posiblemente se debe tanto a la pena que origina el padecimiento en la paciente, como a la falta de conocimiento acerca de esta enfermedad. Muchas mujeres suponen que la incontinencia urinaria de esfuerzo forma parte normal del proceso de crecimiento y que no existe alguna otra alternativa de tratamiento que la cirugía (Kinchen, 2003).

Se asume que hay un número elevado de mujeres que no consultan esta patología, pues lo asumen como problemas naturales de la edad, otras por prejuicios sociales tienden a ocultarla; en todo caso no está bien definida su prevalencia en nuestro medio (Gavira, 2005).

I.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de incontinencia urinaria en las mujeres de la UMF 16, IMSS, delegación Querétaro.

I.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar en las mujeres con incontinencia urinaria: edad, grupo etáreo, escolaridad, ocupación, estrato socioeconómico, estado civil y número de gestas.

Identificar el grado de afectación de la incontinencia urinaria en la vida diaria.

Identificar el tipo de incontinencia urinaria.

Identificar el antecedente de co-morbilidad.

I.2 HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo:

La prevalencia de la incontinencia urinaria en las mujeres es mayor al 40%.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

II. 1 Consideraciones generales

Aunque existen diferentes definiciones de incontinencia urinaria (IU) la tendencia actualmente es tratar de homogeneizar éstas y seguir el concepto propuesto por la Sociedad Internacional de Continencia (Abrams, 2002).

La Incontinencia Urinaria (IU) según la International Continence Society (ICS) se define como “una condición en que la pérdida involuntaria de orina constituye un problema social y/o de higiene, que puede ser objetivamente demostrable”. Este concepto fue modificado y actualmente se define como “cualquier pérdida involuntaria de orina” (Abrams, 2003).

La Sociedad Internacional de Continencia simplificó y define a la incontinencia urinaria (IU) como la pérdida involuntaria de orina, suficiente para constituirse en un problema higiénico/social/médico” y que se puede demostrar subjetivamente. Esta definición abarca varios aspectos de la incontinencia, incluyendo síntomas (utilizados en estudios epidemiológicos y ensayos clínicos que típicamente utilizan cuestionarios basados en síntomas), signos físicos (los más relevantes para los clínicos), la observación urodinámica y la condición en su conjunto (Cardozo, 2004).

De la misma forma, definió a la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) como la queja de la pérdida involuntaria de orina asociada con el esfuerzo físico, toser, estornudar o reír. La incontinencia urinaria de urgencia (IUU) representa la queja de la pérdida involuntaria de orina acompañada o precedida inmediatamente de la urgencia urinaria o el deseo repentino de ir a orinar. La incontinencia urinaria mixta (IUM) representa el hecho de referir la pérdida involuntaria de orina asociada con la urgencia y también con el esfuerzo, toser, estornudar o reír (Abrams, 2002).

La medida más efectiva es la prevención y, como tal, este es el primer escalón de actuación: La prevención de la incontinencia de orina en el adulto

así como todas las medidas adoptadas para atenuarla no solamente actúan sobre la sintomatología objetiva (pérdida de orina) sino que de manera global ayudan a evitar el deterioro en la calidad de vida y autoestima personal (Moody; 2003). Las medidas de prevención deben aplicarse a toda la población general y algunos autores sugieren que para que resulten eficaces deberían instaurarse desde la pubertad, pero poniendo especial atención en la mujer en la época fértil y en el anciano de ambos sexos.

II. 2 Epidemiología

Diferentes estudios han demostrado una amplia variedad de tasas de prevalencia, atribuible a las diferentes definiciones empleadas, al diseño de los cuestionarios, la población de estudio y los criterios de selección (Thom, 1998).

Es altamente prevalente en la población adulta y de dos a cuatro veces más común en mujeres que en hombres. La incidencia de IU aumenta casi linealmente con la edad hasta ser considerada como uno de los síndromes geriátricos tanto por su elevada prevalencia en mayores de 65 años como por el impacto negativo que ocasiona en la persona que la sufre (Rexach, 1999).

La IU no es obviamente un proceso de riesgo vital, pero deteriora significativamente la calidad de vida de los pacientes, limita su autonomía y reduce su autoestima. La afectación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) por la IU puede incluso ser mayor que la provocada por algunas enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial (Espuña, 2003).

La prevalencia es difícil de estimar ya que suele ser un problema infra referido a causa de los sentimientos de vergüenza, o al hecho de asociarse erróneamente con la creencia de que la incontinencia urinaria es un proceso natural unido al envejecimiento. Aun así, varios estudios establecen una prevalencia del 20 % en mujeres a partir de los 40 años (Thakar, 2000).

El porcentaje de mujeres con IUE alcanza un pico máximo alrededor de la quinta década (rango, 28% a 65%) (Dugan, 2001; Lose 2005) y luego declina a partir de la sexta década. Por contraste, la IUM es más frecuente en

mujeres mayores y supone un 40 a 48% en el rango de 60 años en adelante (Dugan, 2001). Es importante tener en cuenta que estos estudios epidemiológicos están basados en los síntomas que la paciente registra en la encuesta y es más que probable que esto sobredimensione la IUM y la IUU en comparación de la IUE (Hunskaar, 2002).

En instituciones geriátricas la prevalencia es del 40 % al 62% y hasta el 75 % en personas con demencias graves (Thakar, 2000; De Alba, 2003).

A partir de los 60-65 años, la incidencia va aumentando situándola sobre el 36 % - 38 % en las mujeres (Hay-Smith, 2004).

La prevalencia de la incontinencia urinaria se incrementa con la edad, con tasa típica en la población joven (20 a 30%), aumento en la etapa adulta (prevalencia de 30 a 40%) e incremento sostenido en la población de mayor edad (prevalencia de 30 a 50%) y un aumento importante en la prevalencia en la mujer alrededor de los 51 años de edad, la incontinencia urinaria en mujeres posmenopáusicas varía de 11a 49% , Losif y Bekassy encontraron que 29% se quejaban de incontinencia y que 70% de estas se relacionaban con el comienzo de sus síntomas con la menopausia (Hannestad, 2000; Dugan, 2001; Hunskaar, 2004).

La prevalencia de incontinencia urinaria aumenta con la edad, situándose entre un 10% y un 40%, cifras que se ven subregistradas por tratarse de un problema de salud que no se consulta con la frecuencia con la que aparece el problema. La prevalencia de IU en mujeres de 35 años son del 15% y los grupos más prevalentes se sitúan a partir de los 50-55 años y sobre todo a partir de los 70 años (Hay-Smith, 2006).

La incontinencia urinaria no es una enfermedad sino una manifestación más o menos significativa de múltiples patologías, tanto urológicas como de otra índole. Su prevalencia en los diferentes estudios de todo el mundo oscila entre el 3 y más del 50%, y existe una gran variabilidad. Se supone que hay un número elevado de mujeres que no consultan esta patología, pues lo asumen como problemas naturales de la edad, otras por prejuicios sociales tienden a

ocultarla; en todo caso no está bien definida su proporción en nuestro medio (Gavira, 2005).

Estimaciones señalan que, la IU afecta entre el 3% hasta el 55% dependiendo de la definición de incontinencia usada y la edad de la población estudiada. Entre el 11 y el 55% de las adultas mayores, señala experimentar esta condición y entre el 12 y el 42% en las mujeres más jóvenes (Norton, 2006).

Un estudio realizado en el Distrito Federal durante el período comprendido del 1 de marzo al 31 de julio del 2006, se aplicó un cuestionario a 800 mujeres que se encontraban en su domicilio. La prevalencia promedio reportada de incontinencia urinaria fue 46.5%. La media de edad en las mujeres con incontinencia urinaria fue 41.5 ± 12.7 años, en comparación con las mujeres continentales 36.3 ± 11.3 años (Avery, 2004).

En Europa y Norte América los estudios epidemiológicos en la comunidad han demostrado que entre 10% a un 40% de mujeres han manifestado episodios de IU (Norton, 2006).

En el estudio epidemiológico EPINCONT realizado en 27,936 mujeres mayores de 20 años en un condado de Noruega entre 1995 y 1997, 25% de ellas confesaban tener pérdidas de orina involuntarias (Hannestad, 2000)

En muchos estudios sobre IU la definición de ésta es alusiva acerca de la severidad, porque no se tienen en cuenta ni la frecuencia de las pérdidas ni su cantidad. En tal sentido se ha desarrollado un “índice de severidad” validado y que ha puesto de manifiesto que en sólo 27% de las mujeres incontinentes esta IU era severa, mientras que más del 50% tenían IU leve (Sandvick, 2000). La severidad de la IU se incrementa con la edad (Nihira, 2003). En el estudio EPINCONT se demuestra que la IU severa supone el 17, 28 y 38% de la IUE, IUU y IUM, respectivamente. En lo referente al grupo de IUE la severidad de la incontinencia aumentaba de 10% en el grupo de edad 25 a 44 años a 33% en el de 60 ó más años. Para la IUU y la IUM los valores correspondientes fueron 8 a 45 y 19 a 53%. El citado estudio epidemiológico definió la IU significativa

como aquella de los pacientes con moderada o severa IU por el índice de severidad. La prevalencia de esta IU significativa aumenta con la edad, con independencia del tipo de IU, con un rango de 1,7% en la tercera década de la vida a 16,2% en el grupo de pacientes mayores de 85 años (España, 2003).

Se realizó una encuesta anónima a mujeres mayores de 30 años en la Isla de Pascua. Doscientas treinta y seis mujeres contestaron la encuesta, con una edad promedio de 47.2 años y un rango entre 30 y 84 años. Del total de mujeres que contestaron la encuesta, 182 (77,1%) mujeres refieren tener episodios de IU. De éstas, 119 (50,4%) manifiestan tener IU que afecta su calidad de vida (Moller, 2000).

Un estudio reciente en cuatro países europeos (Francia, Alemania, Reino Unido y España) llevado a cabo sobre las respuestas de una encuesta por correo a 17,080 mujeres de más de 18 años demostró que 35% de ellas referían pérdidas involuntarias de orina en los 30 días previos. La tasa de prevalencia fue muy similar en todos los países (41 a 44%), excepto en España cuya tasa resultó sorprendentemente menor (23%) (Dugan, 2001).

Estudios realizados en España muestran datos similares de entre el 30 % al 43 % en mujeres mayores de 60 años (Sánchez, 1999; Gavira Iglesias, 2000; Zunzunegui, 2003).

En el año 2000, en Estados Unidos se estimó que la IU afectaba a 17 millones de personas. El gasto total en pacientes con esta condición fue de \$19.5 billones de dólares. De estos, \$14.2 billones fueron utilizados para las residentes en la comunidad y \$5.3 billones para las mujeres institucionalizadas. Estos cálculos incluyen gastos directos relacionados con asistencia médica y no médica, además gastos indirectos relacionados con la productividad pérdida. Sin embargo, no incluye una estimación de la carga relacionada con el sufrimiento psicológico y la calidad de vida (Hu TW, 2004).

II.3 Factores de riesgo

Algunos reportes estiman que el 42% de las mujeres mayores de 17 años sufren algún grado de incontinencia (Jarnel 2001), sin embargo, esta cifra

se incrementa con la multiparidad, el climaterio, la edad y la masa corporal (Sommer 2000, Milson 2003) alcanzando cifras hasta del 58% para las pacientes que reúnen estas características (Burgio, 2001) La histerectomía y el trauma obstétrico son factores que incrementan la incidencia de incontinencia urinaria (Mommssen, 2003).

- Género

Varias razones (longitud uretral, diferencias anatómicas en el suelo pelviano, efectos del parto) intentan justificar la diferencia de que las mujeres tengan un mayor riesgo de desarrollar IU. Sin embargo, esta razón de riesgo varía con la edad: en menores de 60 años las mujeres tienen cuatro veces más probabilidades que los hombres de padecer IU, pero en mayores de 60 años sólo dos veces más (Nihira, 2003).

- Edad

Existen indicios para pensar que la edad pudiera jugar un papel en el desarrollo de la IUU más que de la IUE. Los cambios relacionados con la edad que pudieran contribuir al desarrollo de IU son disminución del tejido elástico, atrofia celular, degeneración nerviosa, reducción tono musculo liso, hipoestrogenismo, deterioro cognitivo, inmovilidad, perdida de capacidad de concentración renal , comorbilidad (polifarmacia)(Lose, 2005).

Según el estudio realizado en Cataluña, el 18,6 por 1.000 de visitas corresponden a mujeres de entre 70-79 años comparado con el 1,7 por 1.000 de visitas de mujeres de entre 30-39 años (Luber 2001). La edad tiene un papel significativo en el aumento de la prevalencia y el número de visitas que genera el problema, aunque no es el único factor (Hannestad, 2002).

En el estudio Epincont (Moller, 2000) se aclara que la prevalencia se modifica con la edad, de tal manera que en las mujeres de edad avanzada aumenta la incontinencia urinaria mixta y disminuye la de esfuerzo (Hannstead, 2000).

- Menopausia e hipoestrogenismo

La atrofia genital puede contribuir a la relajación del suelo pelviano así como a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral. Estudios recientes, no obstante, no han demostrado que la menopausia por sí misma sea un factor de riesgo independiente de la edad (Sandvich, 2000).

- Raza

Estudios multivariados demuestran que las mujeres blancas tienen una prevalencia de IUE tres veces mayor que las mujeres negras, atribuyéndose a diferencias raciales en el tejido conjuntivo o en los músculos (Grady, 2001)

- Peso

La obesidad es uno de los factores de riesgo independiente para la IU en mujeres mayores. Un índice de masa corporal (IMC) alto se correlaciona con una mayor prevalencia de IUE y de IUM, así como con la severidad de la IU. Se conoce poco sobre la pérdida de peso como tratamiento de la IU (Subak, 2002).

- Paridad

El parto es un factor establecido de riesgo de IUE y IUM entre las mujeres jóvenes y de mediana edad. Se ha sugerido que el parto vaginal es el factor contribuyente más importante, posiblemente por las lesiones neurológicas o musculares asociadas. Sin embargo, el embarazo en sí mismo puede causar cambios mecánicos u hormonales que sean causa de IU (31-42% de las embarazadas tienen IUE y en 51% de ellas persiste algún grado de IU postparto (Rortveig, 2001).Por otro lado, recientemente se ha comprobado que las mujeres con partos por cesárea (prevalencia 15,8%) tienen un riesgo mayor de IU que las nulíparas (prevalencia 10,1%), pero que el parto vaginal se asocia con el riesgo mayor (prevalencia 24,2%)(Rortveit, 2003).

- Histerectomía

El impacto de la histerectomía en el desarrollo de la IUE no está demostrado. Un ya clásico metaanálisis (Brown, 2000) publicaba una asociación entre histerectomía e IU a largo plazo, es decir, muchos años tras la cirugía sobre todo en mujeres mayores de 60 años en las que el riesgo de IU se incrementaba hasta 60%. Otros estudios, no encuentran esta asociación (Contreras, 2004).

- Factores uroginecológicos

Los prolapsos de la pared vaginal y de los órganos pélvicos, la debilidad de los músculos del suelo pelviano, la cirugía uroginecológica previa, el estreñimiento, las cistitis y otras infecciones del tracto urinario son los factores uroginecológicos más importantes asociados a IU (Viktrup, 2000).

La declinación de las concentraciones de estrógenos, que se inicia con la premenopausia y se acentúa después de la menopausia, se manifiesta en el sistema genitourinario de la mujer (Dessole, 2002); la vagina se acorta y estrecha, las paredes vaginales se adelgazan, pierden elasticidad y adquieren un color pálido (Bachmann y Leiblum. 2005). Así mismo, durante ésta etapa disminuye la lubricación vaginal (Dessole, 2002), se afecta la mecánica general del piso pélvico, presentándose atrofia de la mucosa uretral y del músculo estriado, disminución del colágeno, menor sensibilidad del músculo liso uretral a la estimulación alfa adrenérgica, disminución de la integridad vascular y del flujo sanguíneo, deficiente resistencia del plexo uretral, hipertrofia del músculo detrusor, disminución de la capacidad de la vejiga, aumento de orina residual e incremento de la movilidad del cuello uretral (Grady, 2001). Estas manifestaciones se deben a la gran sensibilidad de la mucosa vaginal y uretral a las alteraciones estrogénicas (Bachmann y Leiblum. 2005), lo que puede manifestarse como disfunciones sexuales y/o IU (Santen, 2004).

La atrofia genitourinaria es la responsable de los síntomas presentes en esta etapa, que van desde la estenosis vaginal hasta IU (Al-azzawi, 2005) y la dispareunía secundaria a la sequedad vaginal.

Como consecuencia del descenso de estrógenos, también se presentan cambios en la configuración corporal; reducción del vello púbico, masa ósea y muscular, síntomas vasomotores, insomnio y trastornos del ánimo; traduciéndose todos estos efectos en un declive en el interés sexual, orgasmo, y frecuencia de la actividad sexual en la mujer de mediana edad, que es de mayor magnitud que en el hombre (Dennerstein, 2003).

- Otros factores

Incluyendo cardiopatías, diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson, demencia, accidentes cerebrovasculares, varios fármacos, tabaquismo, abuso del alcohol, etc., se han relacionado con IU (Dugan, 2001).

Un estudio reciente(Treiber, 2004) ha encontrado una prevalencia de 71 y 24% de IUE entre madres y hermanas de mujeres operadas por IU, frente a 40 y 11% de madres y hermanas de mujeres no operadas, hallándose además un inicio de los síntomas en edad más joven entre las primeras. Además, datos extraídos del estudio EPINCONT ponen de manifiesto que las mujeres son proclives a desarrollar IU si sus madres o hermanas mayores son incontinentes (Hannestad, 2004). Todo ello hace pensar que la herencia puede jugar algún papel en la IUE.

II.4 Consecuencias psicosociales

La IU es un problema de salud pública común en todo el mundo y su presentación tiene consecuencias psico-sociales que afectan cerca de 200 millones de personas (Cayan, 2003).

La incontinencia urinaria es un padecimiento que constituye un problema médico, social y económico de tal dimensión que sin constituir en la mayoría de los casos una enfermedad ni ser causa directa de mortalidad, produce efectos devastadores en las mujeres que la padecen (García, 2003).

Las personas que sufren de esta condición, a menudo tienden a ocultarlo a los profesionales de la salud (Roger, 2005), e incluso pueden tardar años en buscar una solución, con lo que los resultados del tratamiento ya no serán los mismos (Norton, 2006).

Es una condición que impone cargas significativas en la salud y el bienestar del paciente (Roger, 2005), ocurre con mayor frecuencia en la mujer, en una proporción cercana a 2:1 en relación al hombre y va aumentando a medida que transcurre la edad, pudiendo incluso ser causa de institucionalización en el adulto mayor (Landi, 2003).

Desde el punto de vista social y personal, la incontinencia urinaria de esfuerzo afecta la autoestima de la paciente, implica aislamiento y reduce la calidad de vida (Hunskaar 2004). La mayoría de las mujeres con incontinencia urinaria no acude a los servicios médicos (Hunskaar 2000) En Estados Unidos se ha registrado que sólo 25% de las mujeres buscan atención médica (Martínez, 2006).

Se expone que la IU tiene un impacto negativo notable sobre múltiples aspectos de la vida diaria, tanto en el entorno social (menor interacción social o mayor aislamiento, abandono de algunas aficiones, etc.), como en el físico (limitaciones a la práctica deportiva), sexual (pérdida de la actividad sexual, evitación de la pareja), psicológico (pérdida de la autoestima, apatía, depresión, sentimientos de culpabilidad, etc.), laboral (ausentismo, menos relación) y doméstico (precauciones especiales con la ropa, protección de la cama, etc.) (Robles, 2004).

El impacto de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la autoestima limita a la paciente desde el punto de vista social y personal; lo que tarde o temprano deriva al aislamiento y reduce de forma importante su calidad de vida (Thom, 1998).

Las mujeres con IU desarrollan hábitos de comportamiento para paliar el problema en parte, tales como la reducción en la ingesta de líquidos, el aislamiento y retracción social, la utilización de absorbentes y la adquisición de

una determinada frecuencia miccional, y otros hábitos miccionales (Pascual, 2002). Es un padecimiento frecuente en las mujeres, afecta el bienestar físico, psicosocial y económico tanto de la persona que lo padece, como de sus familias (Hunskaar, 2000; Abrams, 2002).

Al mismo tiempo es sorprendentemente bajo el índice de consulta generado por este problema de salud y la mayoría de los pacientes que viven en la comunidad utilizan productos absorbentes, influyendo en ello factores individuales, socioculturales y puramente asistenciales (Hunskaar, 2002).

La mayoría de las pacientes buscan atención sólo cuando los síntomas se vuelven más severos. Este retraso en la búsqueda de la atención médica posiblemente se debe tanto a la pena que origina el padecimiento en la paciente, como a la falta de conocimiento acerca de esta enfermedad. Muchas mujeres suponen que la incontinencia urinaria de esfuerzo forma parte normal del proceso de crecimiento y que no existe alguna otra alternativa de tratamiento que la cirugía (Kinchen, 2003).

Gran parte de las mujeres que padecen incontinencia urinaria no buscan atención médica 25% en Estados Unidos y 33% en Europa (Martínez, 2006).

La mayoría de las pacientes acuden al médico cuando los síntomas se vuelven más graves. El retraso en la búsqueda de atención médica se debe, quizás, a la pena que origina la enfermedad o a la falta de conocimiento de ésta. Algunas mujeres piensan que la incontinencia urinaria de esfuerzo forma parte del proceso de envejecimiento y que no existe otra alternativa de tratamiento que la cirugía (Kinchen 2003)

II.5 Clasificación de la Incontinencia Urinaria (Según Roger y cols. 2005)

1- Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (estrés): Es la pérdida involuntaria de orina, asociada con el aumento de la presión intraabdominal, que ocurre al reír, estornudar, toser, subir escaleras, u otro esfuerzo físico.

Se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral y es la consecuencia de una falla en los mecanismos de resistencia uretral que puede estar condicionada por dos mecanismos etiopatogénicos diferentes y que pueden darse por separado o juntos en una misma paciente. La IUE por hiperactividad uretral es la más habitual, este tipo de IU se produce porque la presión vesical durante el esfuerzo supera a la presión de la uretra, que desciende de su correcta posición anatómica, por falla de sus mecanismos de sujeción. Y el otro mecanismo de IUE puede ser secundario a disfunción uretral intrínseca, en este caso se trata de un defecto de la resistencia de la uretra que no es debido a un fallo de los mecanismos de sujeción, sino a una insuficiente coaptación de sus paredes.

2- Incontinencia Urinaria de Urgencia: Es la salida involuntaria de la orina, que se puede acompañar o preceder inmediatamente por urgencia, un deseo repentino de orinar que es difícil de suprimir. Se debe a una contractilidad aumentada de la vejiga que en condiciones normales sólo se contrae cuando voluntariamente se decide orinar. Si la IU se acompaña de urgencia, frecuencia miccional y nicturia, además, las contracciones del detrusor han podido ser objetivadas durante el estudio urodinámico; se denomina Síndrome de hiperactividad del detrusor y puede ser de dos tipos: secundaria a enfermedad neurológica (hiperactividad del detrusor de origen neurogénico) o sin causa detectable (hiperactividad del detrusor idiopática).

La hiperactividad del detrusor también puede ser secundaria a la obstrucción uretral (por estenosis uretral, hipercorrección quirúrgica, etc.).

3- Incontinencia Urinaria Mixta: Implica la presencia de incontinencia de esfuerzo y de urgencia a la vez y ocurre típicamente cuando la hiperactividad del detrusor se asocia a incontinencia de esfuerzo. Cerca de un tercio de los pacientes incontinentes presenta este tipo de alteración (Roger y cols. 2005).

4- Incontinencia de Rebosamiento (desbordamiento): asociado a sobredistensión de la vejiga, es el tipo menos común de IU y se puede causar por obstrucción (por ejemplo, prolapso pélvico) o una condición neurológica

(lesión de la médula espinal). Se asocia comúnmente a diabetes mellitus (Roger, 2005).

II.6 Tratamiento de la incontinencia urinaria

No Farmacológico: La mayoría de las pautas clínicas recomienda el iniciar de terapia con el tratamiento no farmacológico (Roger, 2005). Existen distintos tipos de intervenciones clasificadas principalmente en:

- Ejercicios de piso pélvico: Se define como la realización selectiva contracción y relajación voluntaria de la musculatura específica del piso pélvico (Abrams, 2003). Resultan ser eficaces para la IU de esfuerzo y IU mixta, en la IU de urgencia, su efectividad es confusa (Roger, 2005).

- Biofeedback: Técnica por la cual la información sobre un proceso fisiológico normalmente inconsciente es presentada al paciente y/o al terapeuta como señal visual, auditiva o táctil (Abrams, 2003). Se puede verificar la fuerza de los músculos mediante la palpación o perineometro como una forma de retroalimentación. Mediante la influencia de las señales se puede hacer consiente la contracción de la musculatura perineal y controlar los episodios de incontinencia. Los registros electromiográficos (EMG) son los más usados en la IU de esfuerzo. El paciente aprende a contraer los músculos perineales y no los abdominales (Norton, 2006).

- Electroestimulación: Es el uso de la corriente eléctrica para estimular las vísceras pélvicas o sus estructuras neurales (Roger, 2005). Mediante un electrodo vaginal se estimulan las ramas aferentes del nervio pudendo interno y se produce contracción refleja de los músculos del piso pélvico. Cuando existe contracciones voluntarias deficientes de la musculatura de piso pélvico se utiliza la estimulación neuromuscular, con el objeto de recuperar la contracción voluntaria mediante su activación pasiva (García, 2003).

- Modificación conductual: definida como el análisis y la alteración de la relación entre los síntomas del paciente y su ambiente para el tratamiento de patrones que anulan la adaptación. Esto se puede alcanzar por la modificación del comportamiento y/o del ambiente del paciente (Abrams, 2003).

Farmacológico: Para la IU de esfuerzo el objetivo es mejorar el cierre uretral, manteniendo la relajación de la vejiga mientras que aumenta la presión sobre el esfínter. Se utilizan varias drogas, incluyendo estrógenos, agonistas alfa adrenérgicos, agonistas beta adrenérgicos, y antidepresivos tricíclicos (Yoshimura, 2002). Los agonistas adrenérgicos pueden mejorar la IU de esfuerzo, ya que contraen el músculo del cuello de la vejiga y aumenta la presión de cierre uretral.

- Para la IU de urgencia y mixta se utilizan anticolinérgicos, antidiuréticos, bloqueadores de los canales de calcio y antidepresivos tricíclicos. Estos tipos de IU presentan una mejor respuesta al tratamiento en el tiempo que la IU de esfuerzo.

- Los agentes anticolinérgicos, actuando sobre los receptores muscarínicos, suprimen o reducen contracciones involuntarias del músculo del detrusor y se consideran la primera opción para el tratamiento del síndrome de hiperactividad idiopática del detrusor (Andersson KE, 2001).

La limitación de estos fármacos es que no son específicos para el tejido fino de la vejiga, producen efectos secundarios, tales como boca seca y estreñimiento.

- Quirúrgico: Se realiza en los pacientes en que el tratamiento conservador ha fallado o en quienes presentan mayores ventajas como tratamiento definitivo que compensan los riesgos de la cirugía (Thakar, 2000). Los procedimientos de suspensión y sling del cuello de la vejiga, son utilizados para el tratamiento de IU de esfuerzo. La hipermovilidad uretral se corrige con suspensiones retropúbicas comunes del cuello de la vejiga, en la cual la faja anterior de la zona paravaginal se une al pubis posterior, y el colposuspensión de Burch. Sin embargo estos procedimientos no tratan la alteración intrínseca del esfínter, que es causa común de las fallas postoperatorias (Klausner, 2003).

III. METODOLOGÍA

III.1 Diseño de la investigación

Se realizó un estudio transversal descriptivo en mujeres usuarias de la UMF 16, IMSS, delegación Querétaro, en el período de noviembre a diciembre de 2008.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para población infinita, obteniendo una n de 257 pacientes.

$$n = \frac{(Z\alpha)^2 (p) (q)}{(\delta)^2}$$

En donde:

n= tamaño de la muestra que se requiere

p= proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio

q= 1-p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio)

δ = precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar

$Z\alpha^2$ = distancia de la medida del valor de significación propuesto, de una cola.

$$n = \frac{(1.64)^2(0.40)(0.60)}{(0.05)^2}$$
$$\frac{(2.68)(0.40)(0.60)}{0.25} = \frac{0.6432}{0.25} = 257$$

$$n = 257$$

Las pacientes se seleccionaron por muestreo probabilístico aleatorio simple, a través de un listado de consulta externa en ambos turnos.

Se incluyeron a mujeres a partir de los 30 años de edad, usuarias de la UMF 16 delegación Querétaro, que aceptaron participar en el estudio, previo consentimiento informado y firmado; se eliminaron a las participantes que no contestaron los cuestionarios al 100%.

A cada paciente que aceptó participar, se le aplicó el cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF (versión española) que consta de 5 preguntas; la puntuación del ICIQ-SF se obtuvo sumando las puntuaciones de las preguntas 3+4+5 y se consideró diagnóstico de incontinencia urinaria cualquier puntuación mayor a cero, este cuestionario tiene un alfa de Cronbach de 0,89.

El tipo de incontinencia urinaria (IU) se verificó por medio del cuestionario de cribado de IU que consta de 2 grupos (A con 5 ítems y B con 4 ítems) cuatro preguntas del grupo A afirmativas se trata de una incontinencia de esfuerzo; tres o mas preguntas del grupo B se sospecha de incontinencia urinaria de urgencia y preguntas afirmativas en ambos grupos se sospecha de incontinencia urinaria mixta.

Se identificó el estrato socioeconómico del paciente a través del método de Graffar, de 4 a 6 puntos se consideró estrato alto, de 7 a 9 puntos medio alto, de 10 a 12 puntos medio bajo, de 13 a 16 puntos obrero y de 17 a 20 puntos marginal.

III.2. Análisis estadístico

Se utilizarón medidas de tendencia central (medias), de dispersión (desviación estándar y rangos), porcentajes e intervalos de confianza al 95%. Los datos fueron plasmados en cuadros y el procesamiento de la información fue por medio del programa SPSS V15.

III. 3 Consideraciones éticas

El presente estudio consideró la Declaración de Helsinki y las recomendaciones para la investigación biomédica en seres humanos, la cual se adaptó en la 18ª Asamblea Médica Mundial en la declaración de Helsinki en 1964. Revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial en Tokio en 1975.

Conforme a la Norma Oficial de investigación, se sujetó a su reglamentación ética, y solo se requirió del consentimiento informado de los sujetos encuestados para realizar el estudio, garantizándose la confiabilidad de los resultados, sin verse afectados alguno de los entrevistados, así como la utilización de los mismos para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio.

Las pacientes con incontinencia urinaria fueron remitidas con el médico familiar para que se valorara el envío al servicio urología para su manejo y tratamiento especializado.

IV. RESULTADOS

De las 257 pacientes que aceptaron participar en el estudio, 44% correspondió a incontinencia urinaria (Cuadro IV.1), con predominio en 95.6% de incontinencia urinaria mixta (Cuadro IV.2). Con una media de edad de 62 ± 14.2 años (rango 30-90 años), con mayor frecuencia en el grupo étareo de 50 a 79 años (Cuadro IV.3)

Predominó la escolaridad primaria 37.2% en pacientes incontinentes y 34.7% en las no incontinentes (cuadro IV.4). En cuanto a la ocupación predominante fue ama de casa en el 82.3% en las mujeres con IU y de 67.4% en las mujeres sin IU (cuadro IV.5)

El estrato socioeconómico obrero sobresalió con el 68.1% en mujeres con IU seguido de 63.2% en las no incontinentes (cuadro IV.6). En relación al estado civil dominaron las casadas con un 72.6% seguido de 70.8% en las no incontinentes (cuadro IV.7). En relación al número de gestas de obtuvo una media de 5 ± 2 gestas (Cuadro IV.8). Para determinar el grado de afectación en la vida se utilizó una escala análoga del 1 a 10 puntos obteniendo una media de 6 ± 2 puntos (cuadro IV.9).

El 76.1% (86) de las pacientes con incontinencia cursaban con HTA, DM o ambas; predominando en un 45.3% el antecedente de HTA. (IV.10 y IV.11).

Cuadro IV. 1 Distribución de pacientes con y sin incontinencia urinaria

	Número de pacientes (%)
Sin incontinencia	144 (56)
Con incontinencia	113 (44)
Total	257 (100)

Fuente: Hoja de recolección de datos obtenida de los participantes de la estrategia "Prevalencia de incontinencia urinaria en la mujer en la UMF 16 Querétaro" IMSS, 2008

Cuadro IV.2 Tipo de incontinencia urinaria

Tipo de Incontinencia urinaria	Frecuencia (%)
Incontinencia urinaria de esfuerzo	3 (27)
Incontinencia urinaria de urgencia	2 (1.8)
Incontinencia urinaria mixta	108 (95.6)
Total	113 (100)

Fuente: Hoja de recolección de datos obtenida de los participantes de la estrategia "Prevalencia de incontinencia urinaria en la mujer en la UMF 16 Querétaro" IMSS, 2008

Cuadro IV. 3 Distribución por edad en mujeres con incontinencia urinaria

Grupos de edad (año)	Frecuencia (%)
30-49	25 (22.1)
50-79	72(63.7)
80-99	16(14.2)
Total	113(100)

Fuente: Hoja de recolección de datos obtenida de los participantes de la estrategia "Prevalencia de incontinencia urinaria en la mujer en la UMF 16 Querétaro" IMSS, 2008.

Cuadro IV. 4 Escolaridad en mujeres con y sin incontinencia urinaria

Escolaridad	Incontinentes Frecuencia (%)	No incontinentes Frecuencia (%)	Total
Analfabeta	12 (10.6)	9(6.3)	21(8.2)
Primaria Incompleta	17(15)	14(9.7)	31(12)
Primaria completa	42 (37.2)	50(34.7)	92(35.8)
Secundaria Incompleta	5(4.4)	4(2.7)	9(3.5)
Sec. completa	24 (21.2)	44(30.6)	68(26.5)
Técnica	2 (1.8)	1(0.7)	3(1.1)
Preparatoria	2(1.8)	2(1.4)	4(1.5)
Profesional	9 (8)	20(13.9)	29(11.3)
Total	113(100)	144(100)	257(100)

Fuente: Hoja de recolección de datos obtenida de los participantes de la estrategia "Prevalencia de incontinencia urinaria en la mujer en la UMF 16 Querétaro" IMSS, 2008

Cuadro IV. 5 Ocupación en mujeres con y sin incontinencia urinaria

Ocupación	Incontinentes Frecuencia (%)	No incontinentes Frecuencia (%)	Total
Hogar	93(82.3)	97(67.4)	190(73.9)
Obrera	2(1.8)	5(3.5)	7(2.7)
Empleada	10(8.8)	33(22.9)	43(16.7)
Comerciante	5(4.4)	2(1.4)	7(2.7)
Profesionista	3(2.7)	7(4.9)	10(3.9)
Total	113(100)	144(100)	257 (100)

Fuente: Hoja de recolección de datos obtenida de los participantes de la estrategia "Prevalencia de incontinencia urinaria en la mujer en la UMF 16 Querétaro" IMSS, 2008

Cuadro IV.6 Estrato socioeconómico de mujeres con y sin incontinencia urinaria

*Estrato socio Económico	Incontinentes Frecuencia (%)	No incontinentes Frecuencia (%)	Total
Obrero	77(68.1)	91 (63.2)	168(65.4)
Marginal	1(0.9)	3 (2.1)	4(1.6)
Medio bajo	31(27.4)	40 (27.8)	71(27.6)
Medio alto	4 (3.5)	9 (6.3)	13(5.1)
Alto	0	1 (0.7)	1(0.7)
Total	113 (100)	144 (100)	257(100)

*Método de Graffar

Fuente: Hoja de recolección de datos obtenida de los participantes de la estrategia "Prevalencia de incontinencia urinaria en la mujer en la UMF 16 Querétaro" IMSS, 2008.

Cuadro IV. 7 Estado civil en mujeres con y sin incontinencia urinaria

Estado civil	Incontinentes Frecuencia (%)	No incontinentes Frecuencia (%)	Total
Soltera	4(3.5)	15(10.4)	19(7.4)
Casada	82(72.6)	102(70.8)	184(71.6)
Unión libre	4(3.5)	6(4.2)	10(3.9)
Divorciada	0(0)	7(2.7)	7(2.7)
Viuda	23(20.4)	14(9.7)	37(14.4)
Total	113(100)	144(100)	257(100)

Fuente: Hoja de recolección de datos obtenida de los participantes de la estrategia "Prevalencia de incontinencia urinaria en la mujer en la UMF 16 Querétaro" IMSS, 2008

Cuadro IV.8 Número de gestas en mujeres con y sin incontinencia urinaria

Número de gestas	Incontinentes Frecuencia (%)	No incontinentes Frecuencia (%)	Total
0-2	7(6.3)	42(29.2)	49(19)
3-5	53(46.9)	74(51.4)	127(49.5)
6-8	33(29.2)	16(11.1)	49(19)
9-16	20(17.8)	12(8.3)	32(12.5)
Total	113(100)	144(100)	257(100)

Fuente: Hoja de recolección de datos obtenida de los participantes de la estrategia "Prevalencia de incontinencia urinaria en la mujer en la UMF 16 Querétaro" IMSS, 2008

Cuadro IV.9 Afectación de la vida por escala analógica en las mujeres con incontinencia urinaria

Afectación de vida	Frecuencia (%)
1-3	19(17.1)
4-7	59(53.1)
8-10	35(31.5)
Total	113(100)

Fuente: Hoja de recolección de datos a través del cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF, obtenida de los participantes de la estrategia "Prevalencia de incontinencia urinaria en la mujer en la UMF 16 Querétaro" IMSS, 2008

Cuadro IV.10 Antecedente o no de co-morbilidad en pacientes con incontinencia urinaria

n = 113

Antecedente	Frecuencia (%)
Hipertensión Arterial	39(34.5)
Diabetes Mellitus 2	12(10.6)
Hipertensión Arterial y diabetes mellitus 2	35(30.9)
Ninguno	27(24)
Total	113 (100)

Fuente: Hoja de recolección de datos obtenida de los participantes de la estrategia "Prevalencia de incontinencia urinaria en la mujer en la UMF 16 Querétaro" IMSS, 2008.

Cuadro IV.11 Co-morbilidad en pacientes con incontinencia urinaria

n = 86

Antecedente	Frecuencia (%)
Hipertensión Arterial	39(45.3)
Diabetes Mellitus 2	12(14)
Hipertensión Arterial y diabetes mellitus 2	35(40.7)

Fuente: Hoja de recolección de datos obtenida de los participantes de la estrategia "Prevalencia de incontinencia urinaria en la mujer en la UMF 16 Querétaro" IMSS, 2008.

V. DISCUSIÓN

La incontinencia urinaria (IU) es un padecimiento que constituye un problema médico, social y económico de tal dimensión que sin constituir en la mayoría de los casos una enfermedad ni ser causa directa de mortalidad, produce efectos devastadores en las mujeres que la padecen (García, 2003).

En el presente estudio la prevalencia de incontinencia urinaria referida por las pacientes a quienes se les practicó el cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF fue de 44 %. Esta frecuencia, medida con el mismo instrumento, es similar a la reportada por Melville y colaboradores (2005) de 45%, en un estudio poblacional efectuado en los Estados Unidos, pero menor a la notificada en el estudio británico de Swithhinbank y su grupo (1999) de 69%.

El estudio de Hannestad y colaboradores (Hannestad, 2000) realizado en Noruega y el de Martínez Espinoza y asociados (Martínez, 2006) efectuado en la zona metropolitana de Guadalajara reportaron cifras de prevalencia más bajas: 25 y de 27.8%, respectivamente; la diferencia tal vez se deba a los criterios diagnósticos aplicados, ya que en los dos primeros se utilizó el mismo instrumento y en los otros estudios no se indica el instrumento utilizado. Además, probablemente las poblaciones estudiadas fueron diferentes en relación a la presencia o no de factores de riesgo (como la obesidad, número de hijos, antecedentes genéticos, etc.).

En ésta investigación la incontinencia urinaria mixta fue de 95.6% en el grupo de 60-69 años, mientras que Dugan (2001), la refiere entre 40 a 48% para este mismo grupo. Coyne (2003) y Hagglund (2004) coinciden que este tipo de IU se presenta con mayor frecuencia, posiblemente originada por embarazos, obesidad, número de partos o por la utilización de diuréticos en la hipertensión arterial.

La mayor parte de los estudios epidemiológicos indican que la prevalencia de incontinencia urinaria se relaciona directamente con la edad. Los datos encontrados en éste estudio lo corroboran, ya que se observó mayor prevalencia a partir de los 60 años de edad. El estudio de Epicont (2000)

demuestra que el incremento de la misma es progresivo a partir de los 65 años con un pico entre los 45 y 59 años (Hannstead, 2000).

En estudios en los que la prevalencia reportada fue mayor, posiblemente se debió a que la población en quién se realizó el estudio fue más amplia ya que se incluyeron a las pacientes con cualquier cantidad de pérdida urinaria en el último año (Moller, 2000; Sampsel, 2002), diferente a lo encontrado en éste estudio, ya que se utilizó un cuestionario estandarizado que consideró a la incontinencia urinaria como cualquier pérdida urinaria que hubiera ocurrido durante las últimas cuatro semanas.

En un estudio realizado por Velázquez en el 2007, en el Distrito Federal a 800 mujeres entre 20 y 80 años de edad, se reportó que las mujeres con incontinencia urinaria se caracterizaron por no tener educación escolar o por haber cursado hasta la secundaria, resultados similares a la presente investigación ya que el 37.2% de las mujeres con IU solo tienen la primaria terminada.

En relación a la ocupación (Velázquez, 2007), observó una mayor prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres que eran amas de casa en un 55.1%, lo encontrado en el presente estudio el 82.3% corresponde a la ocupación amas de casa, probablemente en relación a que no son mujeres que tengan una mayor educación y también se relacione con el número de embarazos.

En esta investigación se encontró que prevaleció el nivel socioeconómico obrero y el estado civil casadas; no existen estudios para poder comparar dichas variables, sin embargo puede estar relacionado con el tipo de población que acude a la institución a recibir los servicios de la misma.

De igual forma, la incontinencia urinaria se ha asociado con otros factores: menopausia, sobrepeso, obesidad, mayor número de embarazos y partos (Dolan, Zvetanka 1999; Hannestad, Sampsel 2002; Millsom, Grodstein 2003; Melville, 2005; Martínez, 2006;). Respecto a este estudio se observó que

las mujeres incontinentes presentaron como antecedente de tres a cinco gestas en 46.9%, el resto de las variables no se estudiaron.

La IU no es obviamente un proceso de riesgo vital, pero deteriora significativamente la calidad de vida de los pacientes, limita su autonomía y reduce su autoestima. La afectación de la calidad de vida relacionada con la salud por la IU puede incluso ser mayor que la provocada por algunas enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial (Espuña, 2006). En éste estudio, se observó a través de la escala análoga del cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF que las pacientes refirieron una afectación de su vida diaria entre un 4-7 de una escala de cero a diez.

Dugan (2001) refiere que la incontinencia urinaria se puede relacionar con diabetes mellitus.

Diabetes Care (2005), refiere que más de la mitad de mujeres posmenopáusicas habrán tenido algún reciente episodio de incontinencia urinaria y la gravedad de sus síntomas se incrementa si presentan historial de diabetes. Así lo ha revelado un estudio de la University of Washington, de Seattle (Estados Unidos). Los investigadores analizaron una muestra de 1.017 mujeres posmenopáusicas, entre los 55 y 75 años de edad. De ellas, 218 tenían diabetes. Del total de ellas, un 60% indicó que había sufrido un episodio, al menos, de incontinencia urinaria en el mes anterior. De ese 60%, un 8% presentaba incontinencia grave y un 14%, de moderada a grave. La prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres con diabetes fue de 35.4% en la presente investigación.

La duración de la diabetes, el tratamiento con insulina, la neuropatía y la retinopatía diabéticas se han mostrado como los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de la incontinencia urinaria en pacientes con diabetes mellitus que tiene mayor probabilidad de ser más severa. (Jeannette, 2006). En referencia a la co-morbilidad se observó que la diabetes mellitus se presentó en un 41.6% en las mujeres con incontinencia urinaria.

Se ha observado que la IU se puede presentar con mayor frecuencia en las pacientes con antecedente de hipertensión arterial; en ésta investigación se corroboró lo mismo, dicho resultado puede deberse a la utilización de fármacos alfa antagonistas que pueden provocar colateralmente caída de la presión uretral y por consecuencia la incontinencia (Dugan, 2001).

VI. CONCLUSIONES

La prevalencia de incontinencia urinaria presentó una prevalencia de 44%, al igual que en otros países; con predominio de la incontinencia urinaria mixta que implica la presencia de incontinencia de esfuerzo y de urgencia.

Dentro de las características de las pacientes con ésta patología se encontró mayor frecuencia a partir de los 50 años de edad, con escolaridad primaria, estrato socioeconómico obrero, casadas, con una mediana o moda de gestas de tres a cinco y con antecedente de HTA.

Se encontró afectación en la vida diaria de cuatro a siete en una escala de uno a diez.

También se encontró que la mayor parte de las pacientes encuestadas consideraban normal el padecer incontinencia urinaria por lo que no acuden al medico familiar por esta patología.

VII. PROPUESTAS

Enfocar esfuerzos para educar a la población en la prevención y consulta precoz.

Que los profesionales de la salud sean capaces de detectar, evaluar y tratar en los niveles que corresponda la incontinencia urinaria.

Realizar búsqueda intencionada de este padecimiento de forma activa puesto que muchas veces no es un motivo de consulta del paciente, entre los 65 y 70 años al menos una vez al año.

Es necesario implementar medidas, ya que este padecimiento es un problema de salud pública que no debe ser subestimado por las repercusiones en la salud y en la vida diaria de las pacientes que la padecen.

Dado los resultados, de IU, es necesario evaluar de forma integral a las pacientes, bajo un modelo bio-psico-social.

Utilizar el cuestionario ICIQ-SF en la consulta de medicina familiar como método de tamizaje para incontinencia urinaria.

Sería adecuado la realización de trabajos de tipo analítico que busquen asociación con diversos factores de riesgo

VIII. CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, y cols. 2003. The standardisation of terminology in lower urinary tract function. Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society Urology. 61: 37–49.
- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U. 2002. The standardization of terminology of lower urinary tract function: Report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. Am J. Obstet Gynecol. 187: 116–126.
- Al-azzawi F, Lees B, Thompson J, Stevenson J. 2005. Prevalence of urinary incontinence in relation to self-reported depression, intake of serotonergic antidepressants, and hormone therapy in middle-aged women: a report from the Women's Health in the Lund Area study. Menopause. 12 (3):318-24
- Andersson KE, Chapple CR. 2001. Oxybutynin and the overactive bladder. World Journal Urology. 19:319-327.
- Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, et al. 2004. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. Neurourol Urodyn. 23(4):322-330.
- Bachmann G, Leiblum S. 2005. Vaginal estrogen therapy and overactive bladder symptoms in postmenopausal patients after a tension-free vaginal tape procedure: a randomized clinical trial. Menopause. 12 (4): 421-427.
- Burgio KL, Matthews KA, Engel BT. 2001. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy middle age women. J Urol. 146: 1225-1230.
- Cardozo L. 2004. New developments in the management of stress urinary incontinence. BJU Int 94 (Supl. 1): 1-3.

- Cayan S, Acar A, Bozlu M, Doruk E, Akhay E. 2003. Is Stress Urinary Incontinence a Risk Factor for Female Sexual Function? *European Urology Supp.* 2(1):194-200.
- Contreras Ortiz O. 2004. Stress urinary incontinence in the gynecological practice. *Int J Gynecol Obstet.* 86 (Suppl. 1): S6–S16.
- Coyne K S, Zhou Z, Thompson C, Versi E. 2003. The impact on health-related quality of life of stress, urge and mixed urinary incontinence. *BJU.* 92: 731-735.
- De Alba Romero C, Baena Diez J.M, de Hoyos Alonso M.C, Gorroñoigoitia Iturbe A., Litago Gil C, Martín Lesende Y, Luque Santiago A. 2003. Actividades preventivas en los mayores. *Aten Primaria* 32 (Supl 2):102-120.
- Dennerstein L, Alexander JL, Kotz K. 2003. The menopause and sexual functioning: A review of the population-based studies. *Annu Rev Sex Res.* 14:64–82.
- Dessole S, Rubita G, Ambrosini G, Gallo O, y cols. 2002. Treatment of urogenital atrophy with low-dose estradiol: preliminary results. *Menopause.* 9(3):179-187.
- Dolan LM, Casson K, McDonald P, Ashe RG. 1999. Urinary incontinence in Northern Ireland: A prevalence study. *BJU International.* 83: 760-766.
- Dugan E, Roberts CP, Cohen SJ, Presisser JS, Davis CC, Bland DR et al. 2001. Why older community-dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians. *J Am Geriatr Soc.* 49: 462-465.
- Espuña P, Puig C. 2006. Síntomas del tracto inferior en la mujer y afectación de la calidad de vida. Resultados de la aplicación del King's health Questionnaire. *Acta Urol Esp.* 30(7): 684-691.

- España Pons M. 2003. Incontinencia de orina en la mujer. *Med Clin (Barc)*. 120: 464-472.
- García FP, Pérez SG. 2003. Manejo quirúrgico y complicaciones de la incontinencia urinaria de esfuerzo: nuestra experiencia en 385 pacientes operados en los últimos 25 años. *Act Urol Esp*. 27(2): 92-96.
- Gavira Iglesias F, Caridad Y, Ocerín JM, Guerrero Muñoz JB, López Pérez M, Romero López M, Pavón Aranguren MV. 2005. Five-year follow-up of urinary incontinence in older people in Spanish rural population. *Aten Primaria* 35(2):74-76.
- Gavira Iglesias FJ, Caridad y Ocerín JM, Pérez del Molino Martin J, Valderrama Gama E, López Pérez M, Romero López M, et. al. 2000. Prevalence and psychosocial impact of urinary incontinence in older people of a Spanish rural population. *J Gerontology*. 55(Suppl A): 207M-214M.
- Grady D, Brown JS, Vittinghoff E, Applegate W, Varner E, Snyder T. 2001. Postmenopausal hormones and incontinence: the heart and Estrogen/Progestin Replacement Study. *Obstet Gynecol*. 97: 116-120.
- Grodstein F, Fretts R, Lifford K, Resnick N, Curhan G. 2003. Association of age, race and obstetric history with urinary symptoms among women in the nurses' health study. *Am J Obstet Gynecol*. 189: 428-434.
- Hagglund D, Walker- Engstrom M, Larsson G, Leppert J. 2004. Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 80: 1051-1055.
- Hannestad YS, Lie RT, Rortveit G, Hunskaar S. 2004. Familial risk of urinary incontinence in women: population based cross sectional study. *B Med J*. 329: 889-891.
- Hannestad YS, Rortveit G, Hunskaar S. 2002. Help-seeking and associated factors in female urinary incontinence. The Norwegian EPINCONT Study.

- Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. *Scand J Prim Health Care*. 20(2): 102-107.
- Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunnskaar S. 2000. A community- based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *J Clin Epidemiol*. 53: 1150–1157.
- Hay-Smith EJC, Dumoulin C. 2006. Entrenamiento muscular del suelo pelviano versus ningún tratamiento, o tratamiento de control inactivo, para la incontinencia urinaria en mujeres. *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
- Hay-Smith J, Herbison P, M S. 2004. Physical therapies for prevention of urinary and faecal incontinence in adults. *The Cochrane Library*, Issue 1, Chichester, UK: John Wiley & Sonidos, Ltd.
- Hu TW, Wagner TH, Bentkover JD, Leblanc K, Zhou SZ, Hunt T. 2004. Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the United States: A comparative study *Urology*. 63: 461-473.
- Hunnskaar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, et al. 2000. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvis Floor Dysfunct*. 11: 301-319.
- Hunnskaar S, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Hjalmas K, Lapitan MC. 2002. Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence (UI). 3: 165-202.
- Hunnskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. 2004. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int*. 93(3):324-330.
- Jarnel JW, Voyle GJ, Richards CJ, Stephenson TP. 2001. The prevalence and severity of urinary incontinence in women. *J Epidemiol Commun Health*. 60: 71-82.

- Jeannette S. Brown, MD, Rena Wing, PHD, Elizabeth Barrett-Connor, MD, Leroy M, Nyberg, MD, PHD, John W. Kusek, et al. 2006. Lifestyle Intervention is Associated With Lower Prevalence of Urinary Incontinence. *Diabetes Care*. 29: 385-390.
- Kinchen KS, Burgio K, Diokno AC, Fultz NH, et al. 2003. Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence. *J Womens Health*. 12(7): 687-698.
- Klausner A, Vapnek J. 2003. Urinary Incontinence in the Geriatric Population. *The Mount Sinai Journal of medicine*. 70 (1): 54-61.
- Landi F, Cesari M, Russo A, Onder G. 2003. Potentially reversible risk factors and urinary incontinence in frail older people living in community. *Age and Ageing*. 32 (2):194-199.
- Lose G. 2005. The burden of stress urinary incontinence. *Eur Urol Supplements*. 4: 5-10.
- Luber KM, Boero S, Choe JY. 2001. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol*. 184(7): 1496-1501.
- Martínez CJ, Flores O, García de Alba JE, Velázquez PI, González MI, Márquez R. 2006. Prevalencia de incontinencia urinaria y anal en mujeres de la zona metropolitana de Guadalajara. *Ginecol Obstet Mex*. 74: 300-305.
- Melville, JL, Katon, W, Delaney, K, Newton, K. 2005. Urinary Incontinence in US women. A population-bases study. *Arch Intern Med*. 165: 537-542.
- Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidson L, Areskoug B. 2003. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol*. 149: 1459-1468.
- Moller L, Lose G, Jorgensen T. 2000. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years old. *Obstet Gynecol*. 96: 446-452.

- Moller LA, Lose G, Jorgensen T. 2000. The prevalence and bothersomeness of urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 79: 298-305.
- Mommsen S, Folsdtpang A, Elving L, Lam GW. 2003. Association between urinary incontinence in women and previous history of surgery. *Br J Urol.* 72: 30-42.
- Moody M. 2003. Los efectos de la incontinencia en la vida cotidiana. *Br J Urol.* 76: 9-23.
- Nihira MA, Henderson N. 2003. Epidemiology of urinary incontinence in women. *Curr Womens Health Rep.* 3: 340-347.
- Norton P, Brubake, L. 2006. Urinary incontinence in women. *Lancet.* 367: 57-67
- Pascual MA. 2002. Prevalencia y calidad de vida. *Prog Obstet Ginecol.* 45 (Supl. 1): 2-9.
- Rexach Cano L, Verdejo Bravo C. 1999. Incontinencia urinaria. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 23: 149-159.
- Robles García JE, Zudaire Bergera JJ, Rosell Costa D, Berian Polo JM. 2004. Nuevos fármacos en el tratamiento de la incontinencia urinaria. *Rev Med Univ Navarra.* 48: 43-49.
- Roger R.D. 2005. Urinary Incontinence: Proper Assessment and Available Treatment Options. *Journal of women's Health.* 14 (10): 759-768.
- Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. 2003. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med.* 348: 900-907.
- Rortveit G, Hannestad YS, Daltveit AK, Hunskaar S. 2001. Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Obstet Gynecol.* 98: 1004-1110.

- Sampselle CM, Harlow SD, Skurnick J, Brubaker L, Bondarenko I. 2002. Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. *Obstet Gynecol.* 100: 1230-1238.
- Sánchez González R, Ruperez Cordero O, Delgado Nicolás MA, Mateo Fernández R, Hernando Blázquez MA. 1999. Prevalencia de incontinencia urinaria en la población mayor de 60 años en atención primaria. *Aten Primaria.* 24 (7):421-424.
- Sandvick H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar S. 2000. A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: Comparison with 48-hour pad-weighing tests. *Neurourol Urodyn.* 19: 137-145.
- Santen R, Pinkerton J, Conaway M, Ropka M, Wisniewski L. 2004. Genital vascular responsiveness and sexual feelings in midlife women: psychophysiologic, brain, and genital imaging studies. *Menopause.* 11(6) Supplement: 741-748.
- Sommer P, Bauer T, Neilsen KK, Kristensen ES, Hermann GG, Steven K, Nordling J. 2000. Voiding patterns and prevalence of incontinence in women. A questionnaire survey. *Br J Urol.* 66: 12-23.
- Subak LL, Johnson C, Whitcomb E, Boban D, Saxton J, Brown JS. 2002. Does weight loss improve incontinence in moderately obese women? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 13: 40-43.
- Swithinbank LV, Donovan JL, du Heaume JC. 1999. Urinary symptoms and incontinence in women: relationships between occurrence, age and perceived impact. *Br J Gen Pract.* 49: 897-900.
- Teba F, et al. 1999. Incontinencia urinaria femenina: correlación clínico-urodinámica. *Arch. Esp.de Urol.* 52 (3): 237-242.
- Thakar R, Stanton S. 2000. Management of urinary incontinence in women. *BMJ.* 321:1326-1331.

- Thom D. 1998. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type. *J Am Geriatr Soc.* 46: 473-480.
- Treiber U, Hellerhoff P, Hannig C, May F, Hartung R. 2004. Dynamic MRI for evaluation of female pelvis in urinary stress incontinence and pelvic organ prolapse. *Eur Urol.* 3: 2002-2014.
- Velázquez-Magaña M, Aguirre-Ramos G, Álvarez-Valero R, Méndez-González J, González-Cofrades J. 2007. *An Med (Mex).* 52 (1): 14-21
Incontinencia Urinaria en mujeres del Distrito Federal.
- Viktrup L, Lose G. 2000. Lower urinary tract symptoms 5 years after the first delivery. *Int Urogynecol J.* 11: 336-340.
- Yoshimura, N, Chancellor, MB. 2002. Current and future pharmacological treatment for overactive bladder. *Journal Urology.*168: 1897-1908.
- Zunzunegui Pastor MV, Rodríguez-Laso A, García de Yébenes MJ, Aguilar Conesa MD, Lázaro y de Mercado P, Otero Puime A. 2003. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. *Aten Primaria.* 32(6): 337-342.
- Zvetanka S, Millsom I, Kullendorff AM, Molander JU, Bengtsson C. 1999. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from and urban Swedish population. *Acta Obstet Scand.* 78: 546-531.

VII APENDICE

ANEXO 1



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION CLINICA

Lugar y Fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación título: **INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER ADULTA DE LA UMF 16 QUERETARO**

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____

El objetivo del estudio es: DETERMINAR LA PREVALENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER ADULTA

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: CONTESTAR TRES CUESTIONARIOS.

Declaro que se me ha informado sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son las siguientes: EN ESTE PROTOCOLO DE INVESTIGACION NO HAY RIESGOS, INCONVENIENTES, MOLESTIAS DERIVADOS DE SU PARTICIPACION.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier pregunta y aclarar cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado la seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente: _____

Nombre, firma y matricula del investigador responsable: DRA. VICTORIA VELAZCO ABURTO

MATRICULA 99232147

Números telefónicos a los cuales pueda comunicarse en caso de dudas o preguntas relacionadas con el estudio: CEL 4423473361

Testigos _____

DRA. MARTHA L.MARTINEZ MTZ.

DRA. VICTORIA VELAZCO ABURTO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN QUERETARO
UMF No. 16
CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA ICIQ-SF

Nombre _____ Edad _____
 No. Afiliación _____ No. consultorio. _____
 Turno _____ UMF No. _____ Edo. Civil _____
 Escolaridad _____
 Ocupación _____ DM si ___ no ___ HAS si ___ no ___
 Número de gestas _____

Mucha gente pierde orina en un momento determinado. Estamos intentando determinar el número de personas que presentan este problema y hasta que punto les preocupa esta situación.

Le estaríamos muy agradecidos si contestase a las siguientes preguntas, pensando en cómo se ha encontrado en las **últimas cuatro semanas**.

1.-Por favor, escriba la fecha de su nacimiento Día/ mes/ Año _____

2.- ¿Con qué frecuencia pierde orina? (Marque sólo una respuesta)

Nunca	0
Una vez a la semana	1
2-3 veces/ semana	2
Una vez al día	3
Varias veces al día	4
Continuamente	5

3.- Nos gustaría saber su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

No se me escapa nada	0
Muy poca cantidad	2
Una cantidad moderada	4
Mucha cantidad	6

4. ¿En qué medida estos escapes de orina que tiene han afectado su vida diaria?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pase a Ud.

Nunca	
Antes de llegar al sanitario	
Al toser o estornudar	
Mientras duerme	
Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio	
Cuando termina de orinar y ya se ha vestido	
Sin motivo evidente	
Se forma continua	

Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 3+4+5.

Se considera diagnóstico de incontinencia urinaria cualquier puntuación superior a cero.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION ESTATAL EN QUERETARO
 UMF No. 16

Nombre _____ No. Afiliación _____
 Edad _____

CUESTIONARIO DE CRIBADO DE INCONTINENCIA URINARIA

Grupo A	SI	NO
-¿Tiene sensación de peso en la zona genital?		
-¿Al subir o bajar, se le escapa la orina?		
-¿Cuando ríe, se le escapa?		
-¿Si estornuda, se le escapa?		
-¿Al toser, se le escapa?		
Grupo B	SI	NO
- Si está en la calle y tiene ganas de orinar, entra en un bar y si el baño está ocupado, ¿se le escapa la orina?		
- Cuando abre la puerta de casa, ¿ha de ir al baño corriendo?		
- Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir de prisa?		
- Cuando sale del ascensor, ¿debe correr al baño porque se le escapa?		

Resultados:

-Cuatro preguntas del grupo A afirmativas, probablemente se trata de una incontinencia urinaria de esfuerzo.

-Tres o más preguntas positivas del grupo B, sospecha de incontinencia de urgencia.

-Preguntas afirmativas en ambos grupos, sospecha de incontinencia urinaria mixta.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN QUERÉTARO

UMF No. 16

Nombre _____ No. afiliación _____
Edad _____

METODO DE GRAFFAR PARA DETERMINAR EL NIVEL SOCIOECONOMICO FAMILIAR

A)Profesión del jefe de familia	1 Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas etc. 2 Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria etc. 3 Empleado sin profesión, técnica definida o universidad inconclusa 4 Obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc. 5 Obrero no especializado, servicio domestico, etc.
B)Nivel de instrucción de la madre	1 Universitaria o su equivalente 2 Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa 3 Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos) 4 Educación primaria completa 5 Primaria incompleta, analfabeta
C)Principal fuente de ingresos	1 Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar) 2 Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales(médicos, abogados, etc.) deportistas profesionales 3 Sueldo quincenal o mensual 4 Salario diario o semanal 5 Ingresos de origen publico o privado(subsidios)
D)Condiciones de la vivienda	1 Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias 2 Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias 3 Espacios reducidos, pero confortable, y buenas condiciones sanitarias 4 Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias 5 Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias

	A	B	C	D
1				
2				
3				
4				
5				

04-06 alto
07-09 medio alto
10-12 medio bajo
13-16 obrero
17-20 marginal